

Fecha de Radicación
01022023

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual ☒ - Cotizante o cabeza de Familia B. Colectiva ☐ - Beneficiario o afiliado adicional C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐ C. Beneficiario ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)
---	---	---	--	---	---------------------------------

6. Apellidos y nombres Casas Pardo Laura Giselle	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1074167863	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 13 04 1994
--	--	---	--	--

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradores de riesgos laborales - ARL	16. Administradores de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia Calle 22 H No 107-58	19. Zona Urbana ☒ Rural ☐	20. Municipio	21. Departamento	22. Teléfono fijo o celular 3115651698

19. Apellidos y nombres Casas Torregrosa Jesus David	20. Tipo de documento de identidad CC	21. Número del documento de identidad 1071167216	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	23. Fecha de nacimiento 22 11 1994
--	---	--	---	--

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Casas Segundo Apellido: Sanchez	25. Tipo de documento de identidad CC	26. Número del documento de identidad 1071167241	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	28. Fecha de nacimiento 06 06 2019
---	---	--	---	--

29. Parentesco	30. Etnia
----------------	-----------

31. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	32. Datos de residencia Municipio: Distrito Capital Distrito: Combinamarca la calera Zona Urbana ☒ Rural ☐	33. Teléfono fijo o celular 3115651698	34. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
--	--	--	---

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - EPS Famisanar	Código de la EPS (a registrar por la EPS)
---	---

35. Nombre y tipo de afiliación Laura Casas Pardo	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 1071167863	38. Tipo de afiliante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
---	--	---	---

40. Tipo de Novedad	41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad: CC Número del documento de identidad: 1071167863 Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ Fecha de nacimiento: 13 04 1994
---------------------	--

42. EPS anterior Famisanar	43. Fecha de radicación 01 02 2023
--------------------------------------	--

44. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	45. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
--	--

46. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	47. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
--	---

48. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.	49. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
---	---

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio: 107 Código del departamento: BOGOTÁ	67. Datos del SISBEN Número de la ficha: 1074167863 Puntaje: 1074167863 Nivel: 1074167863	68. Fecha de radicación 01 02 2023	69. Fecha de validación
---	---	--	-------------------------

70. Datos del funcionario que realiza la verificación Nombre: Camilo Apellido: Camilo Tipo de documento de identidad: CC Número del documento de identidad: 1071167216	71. Píese del funcionario Camilo	OBSERVACIONES: La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.
---	--	---

**CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

- SI NO
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ ☐
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? ☒ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ ☐
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ ☐
- Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? ☒ ☐

**AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO
DE DATOS PERSONALES Y
DATOS PERSONALES SENSIBLES**

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles": Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promuevan intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos. (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado:

Laura Casas

Nombres y Apellidos:

Laura Gusselle Casas Pardo

Identificación:

1071167863

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____, identificado (a) con el documento No. _____, quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo. Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección de Domicilio:

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar:

Huella